

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

527

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NIEDERHOFFER Heinrich

Né le 3 Mai 1907, à Storojineti (Roumanie)

**Indications Thérapeutiques
dans les cas de Fibromes Utérins
compiquant la Gestation
l'Accouchement et les Suites de Couches**

**Etude Statistique de sept dernières années
de la Maternité Lariboisière**

Président : Monsieur COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934

708

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NIEDERHOFFER Heinrich

Né le 3 Mai 1907, à Storojineti (Roumanie)

Indications Thérapeutiques dans les cas de Fibromes Utérins compiquant la Gestation l'Accouchement et les Suites de Couches

**Etude Statistique de sept dernières années
de la Maternité Lariboisière**

Président : Monsieur COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17 — PARIS (V^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen

G. ROUSSY

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBBÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales . . .	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie . .	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	LENORMANT.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Cliniques des maladies infectieuses	{ GREGOIRE.
	{ GOSSET.
	{ TERRIEN.
	{ MARION.
	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
	{ J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale... ..	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART d'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophtalmologie	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Gbistétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	AUBERTIN.
Clinique médicale.....	BRULE.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	HARVIER.
	LIAN.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CADENAT.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	MOURE.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse, hommage respectueux.

A MES MAÎTRES, DANS LES HOPITAUX

Avant-Propos

Avant de commencer cette thèse nous voulons tout d'abord rendre nos plus respectueux hommages et exprimer toute notre gratitude à Monsieur le Docteur L. Devraigne, accoucheur-chef de l'Hôpital Lariboisière et le remercier de nous avoir suggéré l'idée de ce travail.

Qu'il nous soit permis également de remercier Monsieur le Docteur Laenec, qui a bien voulu nous guider dans cette étude. Qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

A quelque opinion, qu'on se range au sujet des rapports de la fibromotose utérine et de la conception, les fruits en nous montrant la fréquence relative de leur coexistence, soulèvent une série de problèmes pratiques.

Après avoir établi le diagnostic, ce qui ne sera pas toujours sans difficulté, le médecin devra se demander quels risques la présence de la tumeur fait courir à la mère et à l'enfant ; il devra agir en connaissance de cause ; et si pendant la grossesse le cas n'a pas été résolu par une intervention active, ce problème se reposera aussi inquiétant au moment du travail.

C'est une des faces de cette question dont l'intérêt pratique est si immédiat, que nous voudrions étudier en nous plaçant exclusivement sur le terrain clinique et sans avoir la présomption de vouloir apporter une solution rigoureuse et uniforme dans un sujet aussi complexe.

Les accidents observés pendant la grossesse ou même ceux dont la femme est menacée, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches, sont-ils suffisants pour justifier une intervention préventive ou seulement précoce ?

Si l'on croit devoir agir pendant la grossesse, à quelle méthode doit-on donner la préférence ?

Nous n'avons pas la présomption de vouloir apporter une solution rigoureuse à ce problème complexe.

Nous voulons simplement nous borner à tirer quelques conclusions des observations, que nous avons pu observer et qui nous ont été communiquées pendant notre séjour à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Les fibromes utérins au cours de la puerpéralité

Les fibromes utérins peuvent s'observer chez les femmes enceintes et compliquer la gestation, le travail et les suites de couches à des degrés divers, suivant les causes variables, que nous allons voir. Ils peuvent d'ailleurs étant diagnostiqués, n'occasionner parfois contre toute attente aucune dystocie.

Cependant leur rareté relative a frappé tous les observateurs. Les statistiques varient en effet de 0,03 % à 0,42 %. Cela tient à ce que bien des cas ne sont pas diagnostiqués, parce qu'ils ne provoquent aucun accident.

Il est plus vraisemblable d'admettre avec de nombreux auteurs que les fibromes se rencontrent le plus souvent chez les femmes stériles (Cruveillier, Hofmeier, Pinard, Trub, Troell) et que les fibromes sont la « rançon des multipares âgées » (Pinard). On pourrait dire aussi qu'ils sont la rançon des primipares âgées, car on en rencontre chez des femmes ayant eu un ou deux enfants. La stérilité ou la non-fécondation favorisent donc le développement des fibromes ? C'est probable puisqu'on voit des fibromes chez les vierges « Les vieilles filles, les femmes, qui se sont mariées tard, fournissent une proportion relativement assez relevée de myomateuses » (Faure et Siudey).

Mais certains (Winckel, Olshausen) renversent le problème et soutiennent que ce sont les fibromes qui empêchent la fécondation, puisqu'au lieu de 8 à 10 % de femmes mariées stériles sans fibromes on compte de 30 à 39 % de femmes mariées stériles et porteuses de fibromyomes utérins.

Contre cette thèse on peut invoquer que des primipares de 40 ans ayant un fibrome peuvent avoir un enfant et des femmes qui restent 10 à 15 ans stériles après avoir eu un ou deux enfants en ont un nouveau qui fait découvrir un fibrome ignoré. La stérilité semble bien favoriser la fibromyomatose.

Cependant la question de siège du fibrome ne doit pas être sans importance : les fibromes sous-nuqueux et interstitiels du corps, qui sont souvent facteurs d'hémorragies et de déformations utérines, paraissent plus graves que les sous-séreux. Le volume du fibrome doit avoir son importance aussi. De même bien des fibromes s'accompagnent d'endométrites, d'annexites.

Les fibromes sont le plus souvent multiples, au point que parfois on ne peut les compter. Ils sont très variables également comme siège, en hauteur sur le fond, sur le corps ou sur le segment inférieur, parfois à différents étages en hauteur simultanément. Ils peuvent aussi affecter des aspects différents dans l'épaisseur de la paroi utérine ; et il faut absolument retenir les 3 variétés possibles de fibromes sous-nuqueux, interstitiels et sous-péritonéaux, car ils peuvent réagir très différemment sur la gestation et au moment du travail. Enfin les uns sont sessiles, les autres pédiculés et de ce fait encore comportent des réactions différentes.

Influence de la gestation sur les fibromes

A) **A l'état normal** : Les fibromes sont une émanation du tissu utérin : ils font partie de l'utérus ; ils vont donc participer à toutes les modifications que va subir celui-ci.

Ils s'hypertrophient : au point que parfois son existence est révélée par la gestation. Il grossit parfois très vite et ceci nous le verrons, peut devenir une indication opératoire. Cette augmentation de volume est telle que la tumeur unique ou multiple peut remplir tout l'abdomen, même avec une gestation peu avancée (Depaul, Tarnier, Routier, Brindeau, Devraigne).

Tous ne grossissent pas dans les mêmes proportions. Ce sont ceux du corps qui augmentent le plus et parmi ceux-ci ce sont les interstitiels et les sous-nuqueux, surtout ceux qui sont voisins de la zone placentaire qui sont le plus modifiés.

Il résulte des travaux de Doléris, Guyon, Hofmeier que l'hypertrophie est produite, par :

l'augmentation de volume des fibres musculaires,

l'œdème du tissu conjonctif dû à la congestion de tout l'appareil génital.

Ils se ramollissent : Le fibrome subit comme l'utérus l'inhibition gravidique et cela est un événement heu-

reux. Cela peut d'ailleurs masquer l'existence du fibrome, qui se confond comme consistance avec l'utérus lui-même. Mais il ne faut pas que cet œdème subi par la tumeur soit exagéré : il se produit alors à son intérieur, par transsudation séreuse de véritables géodes, qui la transforment en une sorte de kyste (Cruveillier, Tarnier, Porro, Spiegelberg) de volume variable, dans lequel on trouve les parties centrales necrosées où les fibres musculaires ont subi la dégénérescence grumulo-graisseuse et colloïde où le tissu cellulaire est bourré de leucocytes où autour des foyers de nécrose il y a une congestion interne véritable télangiectasie. Le contenu de ces cysto-fibromes est un liquide plus ou moins sanguinolent (Dolérís, Cornil, Bar, Piquant et Lameland).

Ils durcissent pendant les contractions utérines : On s'en assure facilement par la palpation ; on peut expliquer le durcissement de deux façons : ou par la contraction des éléments musculaires, qui entrent dans la composition de la tumeur ; ou par le fait même de la contraction utérine, qui comprime le fibrome, de telle sorte qu'il paraît plus résistant (Ribemont-Devraigne).

Sous l'influence de ce développement les fibromes sessiles peuvent s'aplatir ou se pédiculiser provoquant comme suite, une :

Modification de leur forme et de leur situation

Les fibromes sessiles, qui tout en grossissant et en s'œdématisant s'aplatissent, fait tout à fait corps avec la paroi utérine par laquelle ils sont comme absorbés ; ils disparaissent virtuellement et ne reprendront de l'in-

fluence qu'au moment des contractions et de la rétraction utérines.

L'ascension : n'a pas une grande importance pour les fibromes du corps ; mais elle est d'une importance capitale pour les fibromes pelviens, qui enclavés un certain temps, donnent des troubles de compression, laissent craindre des troubles plus graves lors de l'accouchement, se libèrent un beau jour grâce à leur mollesse et remontent au-dessus du détroit supérieur, quelquefois seulement au début du travail, améliorant ainsi de toutes façons le pronostic maternel et fœtal (Depaul, Tarnier, Guéniot). Cette ascension se fait spontanément plus ou moins vite vers le septième mois ; sinon elle ne se fait, si elle doit se faire, qu'au début du travail, car tous les fibromes pelviens, sessiles ou pédiculés ne remontent pas fatalement :

Les latéraux et les antérieurs remontent facilement, les postérieurs surtout s'ils dépassent le volume de l'œuf de poule (Tarnier) restent encastrés sous le chapiteau du promontoire ; ils peuvent l'être aussi à la faveur de la rotation de l'utérus de gauche à droite qui peut les latéraliser et en permettre ensuite l'ascension. Les fibromes du côté gauche auront donc plus de chances de remonter que ceux du côté droit (Devraigne).

Si le fibrome siège dans le Douglas on ne doit pas escompter une ascension.

Les fibromes pédiculés ayant tendance à suivre l'utérus dans son ascension, ils remonteront plutôt dans l'abdomen.

Les Fibromes pédiculés :

a) *Torsion du pédicule* : Cet accident est exceptionnel ; il se ferait plutôt sur les tumeurs moyennes, reliées à un bord utérin par un pédicule court et gros.

Elle se produit surtout dans la première moitié de la grossesse (Lepage, Mouchotte, Blanchard, Piquant et Lameland).

b) *Torsion axiale de l'utérus* : aussi rare, que la précédente, elle s'observe principalement dans les volumineux fibromes de fond ou de la corne utérine.

La torsion axiale de l'utérus peut entraîner une torsion du pédicule, d'où complication pour le fibrome allant de l'œdème et l'hémorragie jusqu'à la nécrose et même la suppuration avec réaction péritonéale, pouvant faire croire à une crise d'appendicite.

Sans entraîner toujours des troubles graves les fibromes latéraux suivant la rotation de gauche à droite de l'utérus vont se mobiliser avec lui : les gauches seront antérieurs et peu gênants ; les droits deviendront postérieurs et ils pourront être gênés et produire des troubles de compression.

B) A l'Etat Pathologique :

Nécrose aseptique : se rencontre seulement pendant la gestation ; les signes ont été magistralement décrits par Bégouin, qui les a synthétisés dans le triade classique :

Douleur : de début parfois brutal, elle peut simuler alors une crise de pelvi-péritonite ou la torsion pédiculaire d'un kyste de l'ovaire et égarer le diagnostic.

Elle s'accompagne alors de d'autres phénomènes de réaction péritonéale, constipation et vomissements. La douleur est exacerbée par les mouvements et par la palpation.

Augmentation de volume du fibrome coïncidant avec une diminution de la tumeur perceptible au palper.

L'état général s'altère ; on note un faciès plombé terreux et une légère élévation de température. Il s'agit là d'une fièvre par résorption toxique, elle ne signifie pas de tout infection du fibrome.

La fréquence de ces accidents au cours de la grossesse sont rares.

L'évolution est parfois rapide ; il apparaît des phénomènes de dénutrition. Mort rapide (Fibromyome à marche galopante Pozzi).

Infection et gangrène : exceptionnelle pendant la grossesse parfois après l'expulsion de produit factal.

Dégénérescence maligne exceptionnelle.

I. Influence du Fibrome sur la gestation

Grossesse extra-utérine : elle s'explique par la déformation ou la compression que peut subir la partie utérine de la trompe (Lemaire, Daliéris, Troell).

Déplacement de l'utérus par le fibrome : Il peut y avoir rétroversion :

soit par fibrome, de la face antérieure qui repousse le corps en arrière ;

soit par fibrome de la face postérieure qui enlève et retient le corps utérin en arrière.

On peut observer tous les accidents de la rétroversion de l'utérus, gravide jusqu'à l'incurcuration.

Le fibrome du segment inférieur, pelvien, intersticiel ou intra-ligamentaire déplacera le col utérin de façon variable. De même le fibrome abdominal, latéral, rejettera l'utérus de l'autre côté de l'abdomen.

Le fibrome sous-nuqueux pédiculé surtout du segment inférieur a tendance à descendre vers le col, à décoller le pôle inférieur de l'œuf et à provoquer le travail avec ou sans hémorragies, d'où interruption possible de la gestation.

Troubles de compression : Les fibromes par leur développement parfois énorme ou par leur enclavement dans le petit bassin, vont pouvoir produire des troubles de compression plus ou moins graves.

Fibromes abdominaux : Dans l'abdomen ils peuvent augmenter la constipation habituelle de la gestation normale, favoriser les poussées de colibacillose, aplatis la vessie déjà étirée en haut par l'ascension de l'utérus : d'où dysurie, ténèsme vésical, rétention d'urine et difficulté pour le cathétérisme urétéral qui pourra devenir nécessaire s'il survient une pyélonéphrite ou une hydro-néphrose par colibacilles.

Un ou plusieurs fibromes abdominaux peuvent produire une dyspnée intense avec dilatation du cœur gauche, des troubles du côté du foie, de l'albuminurie parfois même de l'annésie.

Fibromes pelviens : enclavés provoquent en outre des troubles urétéraux par la compression de l'urètre, nouvelle cause des troubles urinaires, de la consti-

pation par compression du rectum, rarement de l'occlusion intestinale, de l'œdème des membres inférieurs, des névralgies variées.

Troubles dans la nidation de l'œuf : Les fibromes interstitiels et sous-muqueux s'accompagnent fréquemment d'endométrite, favorisant, maintenant tout le monde l'admet. *L'insertion basse du placenta parfois central, parfois cervicale* : Ce sont là des causes d'hémorragies répétées, hydo-hémotarrhée au début, plus tard hémorragies classiques de l'insertion basse avec risques d'avortement ou d'accouchement prématuré.

On a cité aussi les cas où le placenta était diffus très étalé comme s'il cherchait à suppléer par la surface à ce qu'il perd en épaisseur et en valeur nutritive en ce qui concerne la caduque souvent malade si l'utérus est farci de fibromes ; la cavité utérine est vaïlonnée par ces fibromes interstitiels ou sous-muqueux ; le placenta est épais dans le creux, très mince sur les points saillants. La mauvaise qualité de la caduque explique aussi que souvent les villosités choriales la traversent pour chercher une greffe solide dans la musculeuse, d'où adhérences anormales du placenta.

Les résultats des déformations de l'utérus et de troubles de nidation de l'œuf sont :

L'expulsion prématurée de l'œuf

Pas très fréquente. 23 A. P. sur 227 grossesses (Le-four) ; 15 A. V. sur 289 grossesses (Le Maire) ; 5 A. V. sur 84 grossesses (Pinard).

Les fibromes du col semblent plus dangereux et surtout les fibromes sous-muqueux pédiculés qui tendent à descendre décoller le pôle inférieur de l'œuf et à provoquer le travail avec ou sans hémorragies.

Les troubles dans l'accommodation du fœtus : c'est facile à voir, les fibromes gênent l'accommodation du fœtus et sont souvent facteurs de présentations vicieuses puisqu'on ne voit en pareil cas qu'une proportion de présentation de sommet : 54 % (Lefour) ; siège 22 % ; épaule 19 % (Olshausen).

II. Influence des Fibromes sur l'accouchement

La situation des tumeurs fibreuses est très importante à considérer dans l'étude de l'accouchement :

Fibromes abdominaux : Les fibromes abdominaux ne son guère gênants ; multiples ils ont parfois l'inconvénient de couper en quelque sorte les contractions de l'organe gestateur, dont ils occasionnent l'inertie avec ses conséquences habituelles :

Lenteur de la dilatation, lenteur ou arrêt de l'expulsion, hémorragies de la délivrance.

Ce sont les utérus boiteux, qui arrivent tout de même à s'acquitter de leur tâche (Fruhinsholz). Les noyaux interstitiels coupent les ondes musculaires pendant les contractions à façon d'un écran (Tarnier) rendant donc le travail plus long.

Encore la plupart du temps les choses se passent-elles simplement et spontanément.

Fibromes pelviens : Les fibromes pelviens placés à côté ou au-dessous de la partie fœtale donnent des difficultés variables suivant le volume, la mobilité ou la fixité, la mollesse ou la résistance de la tumeur.

Dès qu'elle atteint le volume d'un œuf de poule (Tarnier) une masse fixe devient cause de dystocie.

Les tumeurs du col sont plus dystociques. Celles du segment inférieur où les fibromes pédiculés tombant dans le Douglas sont moins graves parce qu'ils peuvent remonter facilement.

Les fibres longitudinales de l'utérus en se contractant attirent en haut le fibrome qui fait corps avec lui. La tumeur devient inaccessible au doigt, remplacé par la présentation et l'accouchement se termine spontanément contrairement aux prévisions premières.

L'ascension est impossible lorsque le fibrome est adhérent au petit bassin ou lorsqu'il se moule dans l'escavation pelvienne.

Tarnier considérant la présentation de siège comme plus favorable, le siège plus mou formant un coin et refoulant peu à peu en haut la tumeur. La tumeur remplit presque entièrement le petit bassin. Si l'on n'intervient pas on peut avoir soit l'arrêt du travail, l'impossibilité d'accouchement, l'infection, l'épuisement, la rupture utérine, la mort.

L'aplatissement par ramollissement du fibrome, qui est comme laminé.

En cas de fibrome-sous-muqueux pédiculé, il sort de la vulve et s'efface pendant l'expulsion pour laisser passer

le fœtus et remonte dans le vagin. Parfois le pédicule se rompt et la dystoxie cesse.

L'obstacle à la dilatation peut provenir de la rigidité du col par infiltration fibromateuse, placenta proe-via, présentation vicieuse.

La délivrance est simple en général quand l'expulsion du fœtus a été facile.

Les fibromes sous-muqueux exposent à l'inertie utérine, une adhérence placentaire et par conséquent aux hémorragies de la délivrance, qui peuvent être graves surtout si le placenta s'insère sur une région fibromateuse.

18 D. A. sur 76 accouchements des fibromes (Lefour).

La rétention placentaire est assez fréquente dans l'Av. et A. P. Il reste incarcéré dans une loge utérine sous-jacente à un fibrome ; le placenta pourra s'infecter sans qu'on puisse l'extraire par un curetage.

III. Suites de couches

Pendant les suites de couches le fibrome peut regresser : il se produit à leur niveau une véritable involution. Tel fibrome gros comme une tête de fœtus pendant la grossesse, n'est presque plus perceptible 2 à 3 mois après l'accouchement.

Cornil, Piquand et Lameland ont insisté sur la dégénérescence fibreuse ou granulo-graisseuse, qui se font au niveau de la tumeur.

Rarement la tumeur grossit pendant les suites de couches (Ribemont, Devraigne, Lemeland).

Les fibromes peuvent réapparaître aux gestations ultérieures.

Des contusions ont pu pendant l'accouchement surtout artificiel froisser les parois du conduit génital. Il peut se produire des escarres, des fistules vésio-vaginales.

Historique

L'histoire de l'intervention dans les fibromes utérins pendant la puerpéralité se résume dans celle de l'obstétrique et de la gynécologie.

On ne trouve cité que quelques rares exemples de ces tumeurs dans l'Hippocrate, Galien, Aétius et Paul d'Égine. Les Arabes Abucalsis, Al Hussain nous en ont transmis quelques cas et à l'époque de la Renaissance, nous possédons des observations très peu nombreuses d'ailleurs de Bécauger, de Carpi, Fabrice de Hilden et Ambroise Paré.

Il faut arriver au mémoire de Lévret (1749) pour lire une description d'ensemble de fibromes. Les recherches de Simon, l'opération de Michélaci, les observations de Chaussier, Béclard, Madame Lachapelle, Boivin et Dujès, Deneux, Baudeloque et son école, l'étude de Cruveilhier, la polémique célèbre de Chirurgie (1868-1869) à laquelle prennent part Guéniot, Depaul, Blot, Tarnier, Nélaton sont des indications de la question.

Mais il faut reconnaître que Parré en décrivant son opération et Lister en inventant l'antisepsie et par conséquent en diminuant d'une façon très notable les chances d'infection et de mort, grâce à eux on a essayé des femmes atteintes de fibrome par une opération systématiquement pratiquée.

Depuis lors les travaux se sont accumulés sur cette question ; citons la thèse d'agrégation de Lefour (1880), celle de Chabazzian (1882), Hofmeier, Pinard, Vambin, Maquézy.

C'est en 1888 que l'hystérectomie fut pratiquée pour la première fois par Martin. L'indication de l'intervention était dictée par le volume de la tumeur, qui déterminait un syndrome de compression pelvienne.

L'hystérectomie totale faite au quatrième mois de la grossesse amène la guérison.

Le même auteur intervient l'année suivante dans des conditions analogues avec un égal succès. Depuis cette date les observations se succèdent et dès 1901 deux travaux d'ensemble viennent résumer l'état de la question à cette époque.

Dans sa thèse sur les « Interventions chirurgicales sur les fibromes gravidiques », Turner consacre un chapitre à l'hystérectomie pratiquée au cours de la grossesse. Il lui reconnaît 3 indications principales :

1. La constitution d'un syndrome de compression pelvienne.
2. L'existence d'hémorragies importantes.
3. L'apparition d'un syndrome péritonéal.

Ce travail marque une date dans l'évolution des idées car il met en évidence les avantages de l'hystérectomie sur l'interruption simple de la grossesse par avortement provoqué, presque exclusivement pratiqué jusque là.

Dans une thèse de la même année, Lucas s'attache à l'étude des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de

grossesse ». Il précise que cette intervention ne peut être envisagée que s'il y a incompatibilité entre la continuation de la grossesse et la vie de la femme.

Mais en dehors de ces opérations y a-t-il des circonstances où il faille sortir de l'abstention ? Les divergences d'opinions sur ce point se sont surtout exprimées au Congrès de Médecine internationale de Paris 1900, au Congrès d'obstétrique de Nantes 1901, aux sociétés de gynécologie, d'obstétrique et pédiatrie 1900, 1901 et 1903 et de Chirurgie 1902.

D'un côté nous trouvons une minorité d'éminents chirurgiens, qui non seulement considèrent que l'apparition de troubles sérieux, sans être graves, légitime une intervention radicale, mais encore estiment que souvent la seule coexistence de fibrome et de la grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme. Ce sont ces interventionnistes, qui croient à la fréquence des troubles graves pendant la grossesse (Schwartz, Tuffier, J. L. Faure, Hepp, Labadie, Lagrave).

C'est surtout Richelot, qui affirmant la fréquence des accidents se tient prêt à intervenir, dès qu'ils apparaissent, reconnaît au fibrome les mêmes indications opératoires qu'il soit gravidique ou non. « Il y a lieu à sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre ». Dans certains cas le chirurgien doit agir « préventivement » s'il veut sauver la femme.

Condamin attache une grande importance aux phénomènes douloureux « quand la situation du fibrome paraît incompatible avec un accouchement normal il faut intervenir le plus tôt possible pour éviter les risques d'a-

vortement causés par la présence de ce fibrome et surtout les complications au moment de l'accouchement ».

Depuis 1901 ont été publiés de nombreuses thèses, des articles, des rapports, dans les diverses sociétés et congrès ayant trait à la question. Citons les thèses de Méheut 1901, Grosse 1902, Blanchard 1907, celles de Jamain et Joubert 1907, Fontaine 1914, Viel 1920, Leroux 1923, Déhan 1923, Piquand et Lemeland, Cotte et Creyssel 1922, Prof. Brindeau 1923, 1925, le rapport du docteur Labey au Congrès de Chirurgie tenu à Paris 1924, Mircouche 1925, Barthélémy 1929, Bompard 1931.

Au contraire presque tous les accoucheurs, la majorité des chirurgiens sont avec des nuances pour l'expectation. En aucune sorte ils n'admettent l'intervention purement préventive. Le fibrome si gros, si mal placé soit-il, ne cause guère que des troubles insignifiants. Laissons-le évoluer jusqu'au terme, où nous pourrons avoir un enfant vivant, même si par son volume il paraît devoir être un obstacle insurmontable à l'accouchement, qui est d'ailleurs exceptionnellement difficile ou impossible (Pinard).

L'utérus va s'élever, la tumeur s'amollir, se déplacer. Les risques, que court la mère ne sont pas suffisants pour mettre le bistouri à la main et même s'il y a doute, ce doute doit profiter à l'enfant (Varnier).

« En effet, il n'est pas juste de dire, que les indications sont les mêmes, que si le fibrome existait tout seul. La présence d'un fœtus vivant doit d'autant plus arrêter le bistouri, qu'après sa sortie de l'utérus on verra souvent les accidents disparaître » (Lepage).

Pinard appuie cette opinion ; c'était celle de Varnier.

A l'avis de Pinard se rallient parmi les chirurgiens, Routier, Quénu, Segond, Delbet abstentionnistes en principe. L'apparition seule des accidents peut justifier une intervention.

Pozzi s'exprime ainsi : « L'expectation devra donc être une règle à peu près absolue. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que lorsque surviennent des accidents graves, pouvant compromettre la vie de la malade. Ces accidents menaçants, capables de conduire à une intervention rapide sont le plus souvent des troubles de compression du côté de la vessie, du rectum, des douleurs violentes qui quelquefois ne laissent pas à la malade un moment de repos ou de sommeil ; une gêne circulatoire se traduisant par des œdèmes étendues ; l'insuffisance cardiaque avec palpitations, les étouffements pénibles qui l'accompagnent. Ce seront enfin les vomissements répétés pouvant devenir incoercibles, les hémorragies abondantes, les phénomènes d'irritation péritonéale ou encore une rapide augmentation de volume du fibrome, qui peut effectuer une marche véritablement galopante. Lorsque la situation paraît dangereuse il ne faut pas temporiser ».

Ce sont là magistralement indiquées les indications générales.

Delagenière, qui reconnaît les mêmes indications générales que Pozzi, admet éventuellement quelques indications particulières. Ses conclusions restreignent un peu le domaine de l'abstention. « Si la grossesse, quel que soit son siège, n'a jamais rien présenté d'anormal, si les

fibromes sont petits, ou si le volume moyen est considérable, ils sont situés dans une zone de tolérance, comme le fond de l'utérus, si la grossesse et l'accouchement paraît devoir se faire normalement, nous n'hésiterons pas à déconseiller toute intervention. Mais au cas contraire, zone dangereuse, dangers vraisemblablement imminents pour la grossesse et le travail.

Delbet pense qu'il serait absurde de laisser tomber la femme en péril de mort ; il est cependant juste de savoir patienter un peu plus lorsque l'utérus est gravide.

Quenu ne tient pas compte que des accidents pressent et parmi eux attache surtout de l'importance à l'état général résultante fonctionnelle.

A côté de cette réserve, l'école américaine se montre la plus interventionniste ; Heineck de Chicago écrit :

« Lorsque chez une femme enceinte les fibromes donnent lieu à des symptômes qui permettent de reconnaître la tumeur, il importe d'opérer. Une opération est compatible avec des mesures conservatrices, alors qu'un retard possible peut nécessiter le sacrifice de l'utérus.

En 1924 le xxxin^e Congrès de Chirurgie avait mis à l'ordre du jour « les indications de traitement chirurgicales dans les fibromes utérins. M. Labey, rapporteur de la question, précise. Les fibromes ne doivent être opérés pendant la grossesse, que si des accidents sérieux menacent la vie de la mère et si la situation du fibrome fait prévoir qu'il sera à peu près certainement un obstacle à l'accouchement.

La myomectomie est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible et ce sont les cas les plus fré-

quents. C'est uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie. Lorsque le fœtus est viable, l'opération quelle qu'elle soit doit être précédée de la césarienne.

Dès 1923, d'ailleurs le Professeur Brindeau, dans une étude de fibromes compliqués de grossesse, avait publié 10 cas d'hystérectomie insistant sur les indications respectives de la myomectomie et l'hystérectomie.

En 1929 au VI Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, dans son rapport « La Myomectomie dans son rapport avec la grossesse », il précise les conditions particulières où l'impossibilité de la myomectomie conduit à préférer l'hystérectomie : siège trop profond du myome, multiplicité des noyaux.

En 1931, son élève Bompert, dans sa thèse « L'hystérectomie abdominale dans les grossesses compliquées des fibromes », précise les indications de cette intervention :

Lorsque la continuation de la grossesse mettrait la vie de la mère en danger, le siège des fibromes est trop profond leur multiplicité rend la myomectomie impossible.

Indications thérapeutiques

Les indications thérapeutiques doivent être envisagées pendant la gestation, le travail et suites de couches.

1. *Pendant la gestation.* — Les complications graves étant exceptionnelles, l'expectation est la règle thérapeutique conseillée presque unanimement. Donc en principe pas d'avortement provoqué, ni d'accouchement prématuré, pas plus que de myomectomie, d'hystérectomie.

Nous citons une observation où malgré le gros volume, comme une tête d'enfant du fibrome, la grossesse a évolué jusqu'à terme.

OBSERVATION I

Fibrome pelvien. Accouchement à terme

Observation recueillie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

L. M., 11^e geste, âgée de 28 ans, chez laquelle l'accouchement antérieur a été spontané. Mariée à 20 ans, mari bien portant. Ignore la date des dernières règles. Rougeole à l'âge de 5 ans; à l'âge de 8 ans, scarlatine.

En 1928, deuxième grossesse. Cette femme vient consulter à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière après 3 semaines de retard. L'utérus était développé normalement à gauche mais à droite il existait une grosse tumeur dure.

Le docteur Cohen conseilla le repos absolu, imposa le lit et surveilla la malade tous les mois.

Au sixième mois, rien n'était modifié, cependant la tumeur était plus molle.

Au septième mois, elle commençait à s'effacer et à subir un mouvement ascensionnel très marqué.

L'accouchement eut lieu à terme, l'enfant pesant 2 kilos 800 gr., se présenta par le sommet et le travail dura 5 heures environ.

Délivrance et suites de couches normales.

Si, par exception surgissent des phénomènes morbides menaçants pour la vie de la femme, on aura le devoir de se départir de la réserve gardée jusqu'alors et d'intervenir.

Mais quelles sont les circonstances exceptionnelles ? D'où proviennent les indications ?

a. *Les indications proviennent de troubles d'origine mécanique.*

1. *Compressions* : Les symptômes de compression sont les causes les plus fréquentes d'intervention chirurgicales au cours de la grossesse compliquée de fibrome.

Les symptômes de compressions sont en dehors de l'état de grossesse suffisants pour décider un chirurgien à intervenir.

Le plus souvent en effet ils sont progressifs et la situation va en s'aggravant. Pendant la grossesse il y a un nouvel élément dont il faut tenir compte.

L'œuf augmente le volume de l'utérus et forme une tumeur physiologique, capable de déterminer des compressions, même en l'absence de tumeurs fibreuses.

Les compressions déterminées par l'utérus gravide cessent aussitôt l'œuf expulsé.

Il y a donc lieu à considérer dans les fibromes gravidiques deux éléments de compression :

Un élément permanent : le fibrome est un élément temporaire : l'utérus gravis, dont l'action doit cesser après l'accouchement. Quelle part revient à chacun de ces facteurs dans la pathogénie des troubles de compression ? Elle est presque impossible à déterminer exactement.

Si les phénomènes ne sont pas menaçants pourquoi interrompre une grossesse pour des accidents qui peuvent être intermittents et ont des chances de disparaître définitivement après l'accouchement ! Cette considération jointe à celle de l'existence de fœtus doit empêcher de traiter les fibromes comme s'ils étaient seuls.

Les accidents, qui mettent en danger la vie de la femme justifient seuls une opération ayant pour but l'interruption de la grossesse.

Les compressions peuvent porter sur les nerfs les vaisseaux, l'intestin et l'appareil urinaire.

Les compressions vasculaires et nerveuses ne mettent pour ainsi dire jamais l'existence de la femme en danger.

Les troubles urinaires sont moins rarement menaçants. Ils varient depuis la dysurie jusqu'à la rétention compliquée ou non de cystite-pyclonéphrite.

Les troubles intestinaux varient depuis la constipation rebelle jusqu'à l'obstruction intestinale.

Les troubles cardio-pulmonaires graves par compression dûe à une volumineuse tumeur remontant jusqu'au diaphragme (Brindeau).

Tous ces troubles sont exceptionnellement menaçants. Sauf le cas où le fibrome enclavé dans le petit bassin comprime à la fois le rectum et l'appareil urinaire, ce qui met rapidement la femme dans un état alarmant.

Fréquence : sur sept observations de fibromes gra-
qui ont donné lieu à des dystosies, nous avons pu signa-
ler deux fois les troubles de compression :

OBSERVATION II

Fibrome pelvien. Troubles de compression. Myomectomie

Accouchement à terme

Recueillie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Madame D. I., employée, est âgée de 35 ans. Réglée pour la première fois à 13 ans. Les règles sont très abondantes et durent 8-10 jours.

Ses antécédents familiaux ne révèlent aucun fait particulier : rougeole et varicelle en bas âge ; elle est dyspeptique et a eu des gripes aux saisons.

Enceinte depuis 5 mois, elle a présenté tous les petits signes habituels d'une grossesse de début, quelques vomissements, pigmentation et augmentation de volume des seins. Mais bientôt sur ces symptômes de grossesse sont venus se greffer des malaises plus sérieux, qui par leur persistance et leur intensité, inquiétaient la malade.

Des douleurs vives dans le bassin, irradiées aux cuisses et aux jambes, accompagnées de fréquents besoins d'uriner, une constipation opiniâtre, obligent la malade à venir consulter.

À l'examen de cette femme tout le bassin est occupé par une tumeur arrondie, assez régulière, dure, résistante, immobile à la palpation.

Le toucher vaginal permet de constater que le col de l'utérus très ramolli est fortement dévié de sa situation normale, refoulé en avant sous la symphyse et notablement abaissé.

En arrière en portant le doigt dans le cul de sac postérieur on sent nettement une masse donnant une sensation un peu molle sous le doigt.

Au contraire en avant on a une tumeur volumineuse dure, faisant corps avec l'utérus; un large sillon de séparation existe en ce point au-dessus du col.

Par la palpation combinée au toucher on constate que cette tumeur est complètement immobilisée enclavée dans le bassin. L'utérus est situé en arrière, la partie extérieure étant constituée par une masse en continuité avec l'utérus. Le diagnostic porté est fibrome de la paroi postérieure de l'utérus compliqué de grossesse en enclavé dans le bassin.

L'état général n'est pas mauvais et on se décide en présence de ces troubles à intervenir par une laparotomie sous-ombilicale.

On tombe sur la tumeur, qui présente tous les caractères d'un fibrome utérin et on désenclave la masse en l'attirant en dehors. On constate alors qu'on est en présence d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus.

La tumeur fait absolument corps avec la paroi utérine.

On incise les couches superficielles de l'utérus jusqu'au fibrome et on décortique la tumeur.

Au moyen de 3 à 4 cotguts en V passés profondément de part en part des deux côtés des lèvres de la plaie on empêche la perte de substance.

Dans l'après-midi on donne à la malade un lavement avec 30 gouttes de laudanum.

Le lendemain matin, le pouls est bien frappé, pas de température, aucune douleur dans le ventre ; on refait le pansement.

A partir de cette date rien à signaler. Elle a accouché à terme d'un enfant de sexe féminin pesant 2.800 gr. Accouchement spontané.

Délivrance artificielle ; celle-ci se fait très pénible par suite de l'adhérence du placenta à la paroi utérine.

Les suites de couches ont eu lieu sans incidents.

OBSERVATION III

Fibrome pelvien. Troubles de compression. Myomectomie

Recueillie à la Maternité Lariboisière

Mme D..., sans profession, secondipare, vient à la consultation pour des troubles divers. Elle présente de temps en temps des crises douloureuses, tantôt abdominales, tantôt abdomino-pelviennes. La dernière crise, qui a décidé la malade à venir à Lariboisière a été plus intense. Elle a nécessité le repos complet au lit et s'est accompagnée d'irradiations douloureuses dans la région inguinale droite et de rétention d'urine pendant 24 heures. La malade accuse en plus une constipation de plus en plus opiniâtre surtout depuis plusieurs mois. Elle présente de temps en temps des nausées et des vomissements.

Elle est enceinte de 3 mois environ. Ordinairement bien réglée, tous les 28 jours. Les dernières sont du 9 octobre. Jamais de retard, ni d'aménorrhée.

Pas d'antécédents pathologiques intéressants. On voit la malade le 10 décembre 1933. La palpation de l'abdomen y révèle une sensibilité très nette sur toute la région sous-ombilicale.

Par le toucher on trouve un col petit, fermé, de consistance molle, plaqué en avant contre la symphyse une tumeur dure, régulière occupant tout le petit bassin où elle est enclavée.

Par la palpation combinée au toucher on sent que cette masse remonte dans l'abdomen jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse.

En essayant de mobiliser le col utérin on a l'illusion d'un petit utérus antérieur à la masse : celle-ci est absolument fixe.

En présence du développement énorme du fibrome, M. Devraigne se décide à intervenir par myonectomie. Deux jours après la malade meurt.

2) *Torsion du pédicule :*

La torsion se rencontre dans les cas de fibromes pédiculés. Normalement ce fibrome n'a aucune tendance à se tordre, mais du fait du développement de l'utérus gravide qui de pelvien devient abdominal, la statique des organes abdominaux va se modifier profondément. Le fibrome va remonter, ce qui lui donnera la possibilité de se tordre, torsion qui sera favorisée par le poids du fibrome et aussi par la longueur et l'étroitesse de son pédicule.

Cette torsion va donner lieu à un tableau extrêmement net ; douleurs en général brusques, vomissements. On constate d'une part un utérus gravide parfois légèrement, dévie sur le côté ; d'autre part une masse dure,

douloureuse, Dans ces cas là le diagnostic est souvent difficile à faire entre torsion de fibrome et kyste. Quoiqu'il en soit le diagnostic est secondaire, ce qu'il faut faire c'est porter une indication opératoire : il n'y a qu'une chose à faire : intervenir. La thérapeutique de choix c'est la myomectomie qui nous permet d'enlever le fibrome en respectant l'utérus gravide.

3) *Rétroflexion avec incarceration de l'utérus :*

La rétroflexion de l'utérus gravide due à un fibrome de fond ou de la face postérieure de l'utérus, maintenu dans le petit bassin par son volume ou la présence d'adhérences, alors que l'utérus tend à devenir abdominal.

L'accroissement du fibrome et de l'utérus gravide peut avoir pour conséquence leur incarceration et l'apparition de troubles de compression, que nous avons cités en haut ou encore d'entraîner l'avortement, en s'opposant à l'extensibilité du tissu utérin.

b) *Indications provenant de modifications d'origine pathologique :*

1) *Accidents infectieux :*

Les accidents de réaction péritonéale affectent souvent des formes intenses. Malheureusement, le météorisme, la douleur exquise, les vomissements réflexes n: peuvent en toute sécurité être rattachés au péritonisme plutôt qu'à la péritonite dont les cas sont nombreux.

Il semble que dans cette catégorie d'accidents le doute doit bénéficier à la mère ; puisque dans les cas où la myomectomie sera possible l'enfant aura encore grandes chances de survie.

Si la péritonite est diagnostiquée, l'acte immédiat s'impose.

Les douleurs seront surtout prises en considération parce qu'elles relèvent souvent soit de la péritonite locale, soit de la nécrose qui sont deux indications. Il sera sans doute difficile de les rattacher à leur cause véritable.

Avec Condamin on les trouvera justiciables d'une opération lorsque par leur intensité et leur durée elles sont vraiment intolérables ne permettant ni repos, ni sommeil qu'elles accompagnent de dénutrition.

La nécrose est pour Baecker la complication la plus terrible ; elle évolue sourdement jusqu'à la gangrène et se révèle alors par des phénomènes infectieux de haute gravité.

Quelquefois elle donne lieu à une réaction péritonéale marquée. On rejettera toute expectation lorsqu'on aura des motifs sérieux de soupçonner. Et cela aura lieu surtout vers la fin de la grossesse, alors que les autres complications appartiennent plutôt à la première moitié.

Autre source d'accidents infectueux est la rétention d'un fœtus mort. L'infection de l'œuf évolue pour son propre compte ou s'étend au fibrome dont elle détermine la suppuration. Dans un cas de Baecker le processus gangréneux avait même gagné le tissu utérin.

Il faudra donc se hâter de vider l'utérus et selon les cas suivant que la réaction sera plus ou moins marquée, on fera la myonectomie ou l'hystérectomie.

2) *Dégénérescence maligne :*

La grossesse peut être influencée par la dégénérescence maligne. Dans les deux tiers des cas il y a interrup-

tion de la grossesse (Bar). Quand elle se prolonge jusqu'au terme la grossesse est mal supportée, la cachexie est très prononcée. Le fœtus se développe quelquefois d'une façon insuffisante et l'enfant naît débile.

Les hémorragies continuent en anémiant fortement la malade, les douleurs augmentent, la cachexie s'accroît (albuminurie, subictère, dénutrition).

L'inhibition générale des tissus favorise l'extension de la dégénérescence.

3) *Nécrose aseptique* :

Dans le triade classique la douleur et l'augmentation de volume sont à peu près constants ; les signes toxiques sont plus rares.

Le traitement doit s'efforcer de sauver l'enfant sans nuire à la mère ; donc il faut éviter le plus possible l'hystérectomie. On y aura néanmoins recours chez les grandes multipares et quand la myomectomie et l'expectative seront contre indiqués.

La myomectomie est plus grave pour la mère que l'hystérectomie, mais elle donne d'excellents résultats pour l'enfant. On doit la pratiquer même dans les cas où elle est laborieuse ; souvent la grossesse continue quand même ; s'il y a avortement, la malade a gardé néanmoins sa sécrétion interne et la possibilité de grossesse ultérieures.

L'expectative échoue très souvent (Bompart 3 fois sur 5) elle n'est pas sans danger pour la mère ; quand elle échoue et que l'on opère la main forcée, les résultats de la myomectomie sont franchement mauvais ; d'ailleurs

dans ce cas on pratique presque toujours une hystérectomie telle, qu'il nous a montré le cas suivant :

OBSERVATION IV

Fibrome de la face postéco-latérale gauche de l'utérus

Nécrose aseptique. Hystérectomie

Recueillie à la Maternité Lariboisière

S. M..., sans profession, âgée de 35 ans, primigeste, arrive à l'Hôpital avec des douleurs abdominales intenses et un abdomen d'une grossesse à terme.

Puberté à 13 ans, l'histoire génitale ne montre rien de particulier. Son histoire personnelle est banale : rougeole et varicelle en bas âge ; elle est dyspeptique. Dernières règles le 5 octobre 1929. Son mari est bien portant. Ses antécédents familiaux ne révèlent aucun fait particulier.

Il y a deux mois, elle eut une crise abdominale caractérisée par des douleurs intenses surtout à la fosse iliaque gauche. Elle souffre constamment par des coliques, avec inapétence nausées, dysurie. Depuis 5 jours elle n'a pas eu de selle, mais elle passe de gaz. Elle urine très peu.

A l'examen pratiqué le 5 avril, M. Devraigne par le toucher vaginal combiné au palper trouve une grosse masse à gauche, difficile à mobiliser.

Le diagnostic de fibrome est alors porté et met tous ces troubles sur le compte de celui-ci.

La femme est maintenue au repos absolu. 5 jours après les douleurs se sont atténuées.

Le 19 juin, apparaissent des vomissements alimentaires, des douleurs abdominales continues et des élancements dans la région rectale. Rien du côté de la vessie.

Elle est actuellement dans son neuvième mois de grossesse. Etat à ce moment :

L'abdomen est gros, tendu. Il y a de la défense musculaire dans la partie inférieure du cadran abdominal.

Il est impossible de délimiter la douleur à cause de la tension et de la douleur.

Le toucher permet de sentir une grosse masse à gauche.

Le palper combiné au toucher permet d'apprécier la limite supérieure.

Cette femme était près du terme de sa grossesse. Le 21 juin, à 23 heures, le travail se déclenche.

L'insuffisance fonctionnelle de l'utérus étant évidente, dilatation de 50 centimètres au bout de 9 heures de travail, l'intervention paraît indispensable.

L'intervention est pratiquée par M. L. Devraigne. L'aparatomie médiane sous et sus ombilicale.

Le péritoine pariétal adhère sur toute la hauteur sur la face antérieure de l'utérus. On arrive à rompre assez facilement ses adhérences et on cherche à faire le tour de la masse utérine pour essayer de l'extérioriser.

Ceci est impossible, on se heurte partout à des adhérences plus ou moins serrées. Ces adhérences sont heureusement toutes épiploïques. Section et ligature. Extériorisation d'une partie de l'utérus que l'on croit d'abord être l'utérus entier.

On pratique sur cette masse utérine, qui ressemble à un utérus transversalement étalé une incision dans le but de faire une césarienne et l'on est trompé encore davantage par l'issue après quel-

ques coups de bistouri d'une assez grande quantité de liquide que l'on prend pour du liquide amniotique.

On s'aperçoit pourtant rapidement que ce sont des poches anseptiques qui ont été ouvertes.

La grosse masse extériorisée n'est qu'un fibrome extrêmement volumineux et complètement dégénéré.

On peut alors extérioriser l'utérus qui est lui-même farci de noyaux fibreux de toutes dimensions. Césarienne, hystérectomie sans incidents, sans adhérences assez serrées d'un fibrome gros comme une mandarine au détroit supérieur dans la fosse iliaque gauche. Extration d'une fille pesant 2.270 gr., criant après 5 minutes de soins.

Après l'intervention, pouls à 80.

L'expectative n'est autorisée qu'avec un diagnostic certain. Si non, on doit intervenir aussitôt et s'efforcer de pratiquer une myomectomie.

L'expectative ne doit être employée qu'exceptionnellement.

Ces indications sont des indications thérapeutiques absolues ; en dehors de ces cas l'abstention est la règle et en particulier l'existence d'un fibrome pelvien ne doit pas faire intervenir au cours de la grossesse car on ne peut jamais savoir s'il ne remontera pas au-devant ou au début du travail.

D'autre part, il faut chercher le plus possible à atteindre la période de la viabilité du fœtus et jamais se presser pour intervenir.

II. Les Interventions :

Nous éliminerons tout de suite au point de vue thérapeutique concernant les fibromes pendant la gestation tous les traitements par les irradiations, sous peine de nuire au fœtus (enfant des rayons X arriéré, microcéphale) et qui par suite sont contre-indiqués par l'existence de la grossesse.

Quelles interventions à pratiquer ?

La Myomectomie ou Hystérectomie ?

La myomectomie et l'hystérectomie chez la femme enceinte offrent quelques particularités qu'il convient de rapporter. Elles ont été étudiées à ce point de vue avec beaucoup de détails par Charrier dans son « Mémoire à l'Académie de Médecine » auquel nous empruntons la plupart des notions suivantes :

a) *L'hystérectomie* peut être totale ou subtotale en vase clos ou précédée de césarienne. On préférera la subtotale toutes les fois que la totale ne sera pas réclamée par le siège trop bas de la lésion. Il faudra se rappeler que le col est très ramolli et que le niveau de la section est très difficile à déterminer par la palpation ; on pourra s'aider en plaçant avant l'opération une pince vaginale qui repérera le fond du cul-de-sac antérieur.

La ligature de 3 pédicules est un peu différente du fait de la grossesse :

1) Le pédicule tubo-ovarien se trouve derrière l'utérus à droite entre le cœcum et le bord externe du psoas à gauche sensiblement plus bas au-dessus des vaisseaux iliaques. Il faudra donc pour les pincer soulever l'utérus,

l'extérioriser et l'incliner successivement à droite et à gauche. A noter que l'artère est accompagnée de veines énormes qu'il ne faudra pas laisser échapper.

2) Les pédicules utéro-inguinaux sont plus importants que l'on ne pense souvent et doivent être liés avec soin.

3) Le pédicule utérin prend contact avec le bord de l'utérus, plus postérieurement à droite qu'à gauche. A noter que les branches cervico-vaginales naissent contre l'utérus et non au niveau de la crosse comme chez la femme normale. On aura donc une bonne hémostase même pour une totale en liant au ras de l'utérus et il faudra profiter de cette circonstance pour ne pas léser l'uretère qui est englobé dans le confluent veineux utéro-vésico-vaginal et a attiré par la traction sur l'utérus ; il pourrait être atteint par une pince placée au niveau de la crosse.

Nous ne parlerons pas de l'hystérectomie vaginale qui ne saurait être qu'une exception, au cas en particulier où la grossesse n'aurait pas été reconnue.

b) *Myomectomie* :

Pour la myonectomie 3 voies d'accès ont été décrites :

1) *la voie vaginale* ne s'applique qu'aux polypes ou aux fibromes sessiles du col. Elle peut exceptionnellement servir aux opérations post-partum ou post-abortum.

2) *la voie trans-vaginale* de Czerny bien étudiée par Dartigues ; elle peut être transpéritonéale ou simple-

ment sous péritonéale ; elle ne convient qu'à des fibromes petits et fortement proéminents dans les culs-de-sac ; c'est une voie d'exception aveugle, abandonnée aujourd'hui.

3) *La voie abdominale* : la seule que nous étudierons ; il faut éviter les manœuvres pénibles qui traumatisent l'utérus. Aussi ferons-nous une longue incision puis après avoir libéré les adhérences s'il y en a on extériorisera l'utérus en faisant sortir d'abord une corne puis l'autre.

Récemment Cotte et Creyssel ont reproché à cette extériorisation de traumatiser l'utérus et de prédisposer à l'avortement ; ils conseillent de pratiquer la myomectomie dans l'abdomen ; ils n'ont pas été suivis en général. Gouillaud en particulier s'est élevé contre cette façon de faire ; il fait remarquer qu'il vâut mieux extérioriser l'utérus une bonne fois que de lui faire subir toute une série de petits tiraillements inévitables si l'on opère dans l'abdomen.

L'opération est différente s'il s'agit d'un fibrome pédiculé ou fibrome sessile.

Les fibromes pédiculés seront facilement enlevés. Il vaudra mieux sectionner le pédicule que chercher à énucléer sa base d'implantation. On fera la ligature avant la section si le pédicule est gros ou aura recours aux ligatures en chaîne.

L'ablation des fibromes sessiles est beaucoup plus délicate. Si possible on abordera le fibrome après avoir incisé, l'utérus sur la ligne médiane ; ainsi on aura une hémorragie moins forte. Il faudra sectionner lentement,

couche par couche, pour trouver le bon plan de clivage qui existe toujours. On saisira alors le fibrome par une pince de Museux et on le dégagera avec les doigts en rasant la surface du fibrome et en s'efforçant de ne pas pénétrer dans la cavité utérine.

Il faut ensuite faire une suture soignée de la paroi utérine par sutures étagées à points séparés de préférence. On assurera ainsi une hémostase généralement suffisante. On aurait pu, au préalable lier les vaisseaux qui auraient saigné plus abondamment. Les sutures seront faites en catgut chromé. Le fibrome enlevé on recherchera rapidement s'il n'y a pas d'autres noyaux, mais il ne faudra pas prolonger inutilement l'opération à enlever de petits noyaux insignifiants.

En cas de fibrome intra-ligamentaire il faudra suivre le fibrome de très près et être encore plus prudent pour éviter la blessure des grosses veines.

L'exérèse des fibromes du segment inférieur est la plus délicate, car d'abord il faut travailler profondément et ensuite la paroi utérine est plus mince et on risque beaucoup de pénétrer dans la cavité utérine.

La suture de la paroi doit être très soignée ; on doit d'abord affronter soigneusement les différents plans par des sutures étagées. On pourra ensuite renforcer si l'on veut par quelques points totaux.

Quelques complications peuvent se produire pendant l'opération ou dans les suites opératoires :

1) L'hémorragie difficile à arrêter : elle est due en général à une faute opératoire ; l'opérateur n'ayant pas su trouver le bon plan de clivage.

Post-opératoire elle produit une hématoecèle, qui commande une réintervention ; on la prévendra par l'emploi de catgut lentement résorbable.

2) L'ouverture de la cavité utérine : elle commandera en général une hystérectomie.

3) La rupture de la cicatrice au moment de l'accouchement ; elle est exceptionnelle.

Enfin on n'oubliera pas la myomectomie décidée de donner à la malade, dès la veille de l'opération de l'opium à des doses assez fortes. En général on emploiera la morphine par piqûres de un centigramme 2 ou trois fois par jour jusqu'à ce que tout danger soit écarté ; on diminuera progressivement si la myonectomie a été pratiquée la malade devra éviter soigneusement toutes fatigues pendant la fin de sa grossesse et rester sous une surveillance médicale constante, à la moindre alerte on prescrira le repos absolu, les lavements laudanisés, au besoin la morphine.

La grossesse après myomectomie se passera la plupart du temps tout à fait normalement. La rupture de la cicatrice au moment de l'accouchement est exceptionnelle.

En cas de troubles de compression abdominales ou pelviennes, en cas de torsion nous avons la préférence à la myomectomie qui peut être très facile en cas de fibromes pédiculés ou difficile si le fibrome est sessile. Difficulté d'hémostase, risques d'interruption de la grossesse, phlébites et embolies). Cependant la myonectomie permet souvent la continuation de la grossesse.

En cas de troubles des transformations du fibrome l'hystérectomie est indiquée.

II. Pendant le Travail

Les indications varient suivant qu'il s'agisse de fibromes pelviens ou abdominaux.

a) *Fibromes abdominaux* : généralement il ne se passe rien de graves. Les contractions peuvent être modifiées, le travail dure plus longtemps avec ou sans ruptures prématurées des membranes ; il peut y avoir présentation vicieuse ; le traitement sera purement obstétrical :

- 1) Application de forceps ;
- 2) Version par manœuvres internes ;
- 3) La pose d'un ballon vaginal pour faciliter un accouchement par le siège.

b) *Fibromes pelviens* : Ici la situation peut être très grave. Dans certains cas où on prévoit le pire tout s'arrange subitement, le fibrome remontant spontanément et laissant passer la présentation. Mais il ne faut pas confirmer dans une expectative dangereuse, en comptant sur cette éventualité et attendre des accidents graves, dont la rupture utérine n'est pas le moins sérieux.

Les procédés obstétricaux, forceps, version tant en honneur avant ces vingt dernières années, malgré les mauvais résultats qu'ils donnaient pour la mère et l'enfant sont à rejeter complètement. Quand on n'assiste pas à l'ascension du fibrome on ne doit pas compter sur son aplatissement. Le passage du fœtus à frottement

très dur est trop dangereux pour lui et pour les parties molles maternelles. L'embryotomie est mauvaise aussi, car quand on s'y résoud il y a bien des chances pour qu'il y ait déjà de l'infection amniotique (Lameland).

Comme c'est la mobilisation ou la fixité du fibrome qui règlent le pronostic et dictent le traitement, on peut toujours d'abord sous-anesthésié essayer de remonter doucement la tumeur en la déplaçant latéralement. Si l'on doit y mettre l'ombre de force, il vaut mieux s'abstenir. On a observé en effet, après des réductions un peu appuyées de fibromes pelviens, des accidents de torsion, des gangrènes, des hémorragies.

Il faut donc en cas d'échec, aller franchement vers les opérations chirurgicales (Brindeau).

Citons tout de suite, pour mémoire, pour l'éliminer, quoiqu'elle ait pu donner de bons résultats (Lepage, Maygrier) la symphyséotomie, qui est d'un autre âge.

La myomectomie vaginale peut tenter si le fibrome est cervical et pédiculé ou bombe bien dans le vagin.

La césarienne abdominale simple ou complétée de myomectomie ou d'hystérectomie est l'opération de choix. Elle est simple, rapide, sauve le fœtus (50 % de mortalité Troell et compromet au minimum la mère 12,5 %). Ces chiffres s'amélioreront certainement, quand on opérera plus tôt dès le début du travail avant la rupture des membranes, avant des touchers répétés pour voir si la tumeur remonte.

On la fait suivre d'ordinaire de la myomectomie, quand le fibrome pelvien est seul. Là les risques d'hé-

inorrhagie sont vraiment moindres que pendant la gestation, car la plaie opératoire bénéficie de l'énorme et active rétraction qui suit l'évacuation utérine.

Nous ferons la même remarque que pour la césarienne simple : plus on opérera des cas purs, plus on sera sûr de sauver l'enfant et de garder l'utérus après myomectomie.

La myomectomie a donc pour elle :

Le fibrome unique ; Femme encore jeune ; Le fibrome pas trop volumineux et à base d'implantation pas trop étendue ; Le fibrome non compliqué.

Cette opération a l'avantage de permettre les grossesses ultérieures, mais c'est loin d'être une opération de tout repos au cours de la grossesse, car difficultés d'hémostase, risque de phlébite et embolies d'autant plus fréquents que la myomectomie suit la césarienne, qui loin d'être une opération toujours aseptique.

L'hystérectomie totale ou subtotale a pour elle les contre-indications de la myomectomie :

Fibromes volumineux ; Fibromes multiples entraînant trop de pertes de substance pour myomectomies répétées ; Fibromes dégénérés ; Femme âgée ; Impossibilité technique de la myomectomie en raison de la large base d'implantation du fibrome ; Infection amniotique même légère.

L'hystérectomie totale sans césarienne préalable (Delbet et Varnier) est indiquée dans les cas où le fœtus est mort et où il peut y avoir infection amniotique.

OBSERVATION V

Fibrome pelvien. Procidence du cordon. Hystérectomie

Recueillie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Madame Juliette K..., âgée de 34 ans, a une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 15 ans elle a continué à l'être régulièrement tous les mois depuis cette époque. Ses règles sont abondantes, durent une huitaine de jours, Il geste d'un enfant bien portant. Mari bien portant. Fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

Depuis deux mois elle a une suppression des règles et présente tous les petits signes habituels d'une grossesse: quelques vomissements, pigmentation et augmentation du volume des seins.

Les antécédents familiaux ne révèlent aucun fait particulier. En 1927, ovariectomie droite.

Le 26 décembre 1929 elle entre dans la Maternité de l'Hôpital Lariboisière ayant perdu les eaux le 23 décembre une longue anse de cordon sans battements hors de la vulve.

Le 23 décembre, à 11 heures du soir, rupture prématurée des membranes. Une sage-femme appelée le lendemain lui conseille le repos absolu.

Le 25 au matin elle se lève et c'est à ce moment, qu'elle s'aperçoit qu'une anse de cordon lui pend entre les jambes. Un médecin immédiatement appelé refoule le cordon et l'envoie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

A son entrée on constate une hauteur de l'utérus de 34 cm. La paroi utérine est rétractée avec siége au bas. Les bruits du cœur imperceptibles.

Par le toucher on atteint le col dont l'orifice est reporté en arrière et à gauche. A droite, paraissant faire corps avec le segment inférieur de l'utérus une tumeur de consistance ferme, régulière.

Etant donné que la tumeur obstruait complètement le bassin et qu'elle n'aurait pas permis l'extraction par les voies naturelles, on se décide à pratiquer l'extraction du fœtus par la voie abdominale et l'hystérectomie.

Le fibrome enlevé pèse 650 gr. Placenta 680 gr. et l'enfant 3150 gr.

OBSERVATION VI

Fibromes latéraux. Grossesse à terme. Césarienne

Recueillie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

L. C., sans profession, âgée de 38 ans, scoldipare, arrive à l'Hôpital avec des douleurs abdominales intenses.

Puberté à 15 ans, l'histoire génitale ne montre rien de particulier. Son histoire personnelle est banale : rougeole et varicelle en bas âge. Son mari est bien portant. Ses antécédents familiaux ne révèlent aucun fait particulier.

Son premier accouchement avait été terminé artificiellement et l'enfant est né mort.

Elle est enceinte de 5 mois environ ; les dernières règles avaient lieu du 26 au 29 octobre 1929. Les mouvements actifs de l'enfant avaient été perçus le 3 mars 1930.

De chaque côté vers la partie inférieure de l'utérus, surtout du côté gauche on sentait **une** induration fibromateuse. Pas d'albumine dans les urines.

Dans la nuit du 25 au 26 juillet, elle éprouve quelques légères douleurs et perd du sang en petite quantité vers 1 heure du matin. A 8 h. $\frac{1}{2}$ du matin pas de contractions utérines. Le fœtus est toujours très élevé en position transversale, dos en arrière, tête à gauche.

Par le toucher et le palper combinés il est impossible aux doigts vaginaux d'atteindre la partie fœtale.

Le col est très élevé et l'on sent qu'une masse épaisse de consistance molle occupe tout le segment inférieur et empêche la descente de la partie fœtale. L'excavation est complètement vide.

Malgré l'absence des douleurs il semble difficile que le fœtus puisse traverser sans danger la partie inférieure de l'utérus occupée par des fibromes et par le placenta.

A 11 heures du matin le Docteur Devraigne examine la malade et fait l'extraction du fœtus par voie abdominale.

Incision de la paroi abdominale au-dessus de l'ombilic pour permettre de faire basculer l'utérus hors de la cavité abdominale. Bien que l'utérus soit surtout développé transversalement, une incision médiane prolongée sur le fond de l'utérus permet d'extraire rapidement un garçon pesant 3800 gr.

Les suites ont été absolument normales; jamais la température a dépassé 37°5.

OBSERVATION VII

Fibrome pelvien. Accouchement à terme. Hystérectomie

Recueillie à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Madame D. I., employée, âgée de 35 ans, réglée à 13 ans, elle a toujours eu une menstruation irrégulière. Ses antécédents familiaux ne révèlent aucun fait particulier. Rougeole à l'âge de 4 ans; à 5 ans, pneumonie; à 8 ans, scarlatine. Primipare. La date des dernières règles elle ne sait pas la fixer.

Mercredi le 20 janvier, les premières douleurs se font sentir. Un médecin, qui a été appelé voyant que le travail n'avance pas, cherche à rompre la poche des eaux, qu'il atteint difficilement.

Les contractions utérines augmentent, mais la tête ne s'engage pas. Le médecin reconnaît alors la présence d'un fibrome volumineux obstruant le bassin et faisant obstacle à l'accouchement.

Il fait une tentative d'application de forceps en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues mais le fibrome s'oppose à la pénétration de l'instrument dans la cavité utérine.

C'est alors qu'on l'a amenée dans la Maternité de Lariboisière. A son entrée on constate :

Etat général bon. Température 37°2. Pouls 82. Elle se plaint des douleurs dans les reins; elle rend un peu de sang par le vagin.

Au palper la masse formée par l'utérus gravide présente une plus grande consistance dans le flanc droit.

Au toucher le col est complètement refoulé à droite. Le doigt introduit dans le col reconnaît la présence de la tête de l'enfant qui se trouve refoulé à droite au-dessus du détroit supérieur par une masse volumineuse plus grosse que la tête du fœtus.

Dans ces conditions toute nouvelle tentative d'extraction par le vagin paraît inutile.

L'enfant est vivant bien que le méconium soit rendu par le vagin. Monsieur le Docteur Devraigne se décide à intervenir par une laparatomie suivie d'hystérectomie.

Extraction d'un garçon pesant 3.200 gr. Les suites opératoires ont été des plus simples. La température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°5.

Le 5 février la guérison peut être considérée comme terminée.

III. Pendant la Délivrance et suites des couches

Il faut parfois pratiquer la délivrance artificielle qui peut être particulièrement difficile s'il y a des adhérences anormales, surtout si le placenta s'insère sur un fibrome sous-muqueux (Maygrier). Si l'on ne peut tout enlever ou si par mégarde on a entamé la musculuse (d'où hémorragies profuses) il ne faut pas perdre un temps précieux avec de petits moyens même en l'occurrence avec un tamponnement utéro-vaginal : il faut faire l'hystérectomie. Dans les cas graves de rétention placentaire après avortement cette indication pourrait être posée.

Dans les suites de couche il faut surveiller de très près la femme ayant des fibromes abdominaux, qui a pu accoucher spontanément ou après intervention obstétricale et dépister vite les complications possibles : (l'hémorragie, torsion, suppuration et gangrène). Là le curetage perd son droit : la myomectomie s'impose par voie vaginale ou par voie abdominale avec ou sans hystérectomie suivant qu'il y a ou non de l'infection.

En tout cas l'allaitement est formellement indiqué aux jeunes mères porteuses de fibromes utérins (Pinard).

Il est le meilleur traitement pour stimuler l'involution de l'utérus fibromyomateux et pour faire même disparaître les fibromes petits ou moyens observés pendant la gestation.

La myomectomie faite en dehors de toute gestation, parfois même avant tout est un excellent traitement prophylactique qui peut favoriser le développement des gestations jusque-là impossibles ou qui n'avaient pas pu aller à terme (Bonier, Benoît, Garsin, Gouillaud, Devraigne et Lacome).

Dans un cas de Didier et F. Hidden après énucléation de 9 noyaux fibromenteux utérins une gestation survint et alla à terme dans de bonnes conditions.

Conclusions

1) Les fibromes sont le plus souvent bien tolérés pendant la grossesse. Ils sont rarement l'origine d'accidents véritablement menaçants.

2) L'abstention est donc de règle dans la grossesse compliquée de fibromes.

3) Cependant l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse peut devenir nécessaire en certains cas, qui restent dans une des catégories suivantes :

a) indications provenant de troubles d'origine mécanique ;

1) Compressions ;

2) Torsion du pédicule ;

3) Rétroversion avec incarceration de l'utérus.

b) Indications provenant de modifications d'origine pathologique des fibromes :

1. Accidents infectieux.

2. Dégénérescence maligne.

3. Nécrose aseptique ou nécrobiose.

4. Il est préférable d'agir dès l'apparition des troubles généraux marqués ou locaux très accentués sans attendre que la vie de la femme soit immédiatement menacée.

5. L'intervention sera pratiquée autant que possible à la fin de la grossesse afin de réduire au minimum les risques d'expulsion prématurée.

6. L'intervention de choix est la myomectomie, qui a pour elle :

1. Le fibrome unique.
2. Le fibrome non compliqué.
3. Femme encore jeune.
4. Fibrome pas trop volumineux et à base d'implantation pas trop étendue.

L'hystérectomie totale ou subtotale a pour elle les contre-indications de la myomectomie.

Vu : le Doyen :

Vu : le Président de Thèse :

G. ROUSSY.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCHÉ ET BRADERS. — *Le sphacèle aseptique de fibromyomes utérins.* (Journal de Médecine de Bordeaux, 1909).
- BABLET. — *Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse.* (Thèse de Bordeaux, 1910).
- BERGER. — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.* (Thèse de Paris, 1907).
- BIGEX. — *Les fibromes utérins chez les primipares âgées.*
- BRINDEAU. — *La Presse Médicale*, 1923.
— *Les fibromes utérins compliqués de grossesse.* *Journal de Médecine et Chirurgie Pratique.* Paris 1925.
- BARTHÉLÉMY. — *Nécrobiose des Fibromes au cours de la grossesse.* Thèse de Bordeaux, 1929.
- BOMPART. — *L'hystérectomie abdominale dans les grossesses compliquées de fibromes.* (Thèse de Paris, 1931).
- DEVRAIGNE. — *Manuel d'accouchement.*
— *Ablation d'un gros fibrome enclavé dans le petit bassin.* (Bruxelles médical, 1928).
- FONTAINE. — *De la myonectomie au cours de la grossesse.* (Thèse de Paris, 1813).
- GOULLAUD. — *Lyon Médical*, 1924.
- GROSS. — *Prog. Méd. Wochens*, 1914.

- *L'intervention dans les cas des fibromes au cours de la grossesse.* (Thèse de Paris, 1902).
- JAMAIN. — *Fibromes utérins et puerpéralité.* (Thèse de Paris, 1907).
- JOUBERT. — *Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes.* (Thèse de Paris, 1907).
- LANDUREAU. .. *Etude d'une observation de fibromyome gravidique en dégénérescence kystique.* (Thèse de Montpellier, 1921).
- LEMELAND. — *De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels.* (Thèse de Paris, 1908).
- MÉHEUT. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques.* (Thèse de Paris, 1901).
- MOUCHOTTE. — *Annales de Gyn. et d'Obst.* 1911.
- MIRCOUCHE. — *A propos de la myonectomie.* (Thèse de Paris, 1925).
- PIQUAND. — *Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.* (Thèse de Paris, 1904).
- *Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité.* (L'obstétrique, 1910).
- TURNER. — *L'intervention chirurgicale dans les cas des fibromes au cours de la puerpéralité.* (Thèse de Paris, 1899).
- VIEL. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques des indications opératoires au cours de la grossesse.* (Thèse de Paris, 1920).

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
Les fibromes utérins au cours de la puerpéralité....	9
Influence de la gestation sur les fibromes.....	11
I. Influence du fibromes sur la gestation....	15
II. Influence du fibrome sur l'accouchement	18
III. Suites de couches.....	20
Historique	21
Indications thérapeutiques	28
Pendant le travail.....	46
Pendant la délivrance et suites de couches..	54
Conclusions	56
Bibliographie	58

